



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

BIANCA LIMA DE QUEIROZ

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:  
Implicação na observância dos Direitos Humanos nas políticas de saúde  
mental**

Recife  
2025

BIANCA LIMA DE QUEIROZ

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:  
Implicação na observância dos Direitos Humanos nas políticas de saúde  
mental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharela em Direito.

**Área de concentração:** Direitos Humanos

**Orientador(a):** Sérgio Torres Teixeira

Recife

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Queiroz, Bianca Lima de.

O financiamento público das comunidades terapêuticas: implicação na observância dos direitos humanos nas políticas de saúde mental / Bianca Lima de Queiroz. - Recife, 2025.

49

Orientador(a): Sérgio Torres Teixeira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2025.

1. comunidades terapêuticas. 2. direitos humanos. 3. dependência química. 4. saúde mental. 5. rede de atenção psicossocial . 6. luta antimanicomial. I. Teixeira, Sérgio Torres. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

BIANCA LIMA DE QUEIROZ

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:  
Implicação na observância dos Direitos Humanos nas políticas de saúde  
mental**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharela em Direito.

**Área de concentração:** Direitos Humanos

**Orientador(a):** Sérgio Torres Teixeira

Aprovado em: 03/04/2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Dr. Pedro Spíndola Bezerra Alves (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Jenner de M. Oliveira (Examinador Interno)  
PPGD/ Universidade Federal de Pernambuco

---

Dr. Bruna Virgínia Arruda (Examinadora Interno)  
PPGD/ Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu pai, José Marcos Olímpio de Queiroz, quem, embora vivo, eu tenha perdido para a dependência química.

À minha tia, Maria Aparecida de Lima (*in memoriam*), de quem tive que me despedir cedo demais por falta de tratamento psiquiátrico.

Ao CAPS Galdino Loreto por ter salvado a minha vida.

À minha mãe Márcia Cristina Barros Lima e a todos que me acolheram nos momentos difíceis.

Às pessoas em sofrimento psíquico, especialmente às que não têm acesso ao tratamento.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade” (Nise da Silveira, 1991)

## RESUMO

O presente trabalho tem como principal objetivo avaliar como os recursos públicos direcionados às Comunidades Terapêuticas (CTs), em detrimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), podem representar uma ameaça às conquistas alcançadas pelo Movimento Antimanicomial. A pesquisa busca responder à pergunta: "Qual é a relação entre o investimento público nas Comunidades Terapêuticas (CTs) e a precarização da observância dos Direitos Humanos nas políticas públicas de saúde mental? A metodologia adotada possui o objetivo descritivo, utilizando o método dedutivo, sendo feita uma pesquisa documental e bibliográfica. O procedimento envolveu uma revisão da legislação, de artigos científicos encontrados na base de dados do Web of Science e do SciELO Brasil, documentos oficiais do governo, relatórios realizados pelo Conselho Regional de Psicologia, publicações acadêmicas pertinentes ao tema e notícias amplamente divulgadas pela mídia, analisando os dados coletados de forma predominantemente qualitativa. À medida em que os recursos públicos destinados às Comunidades Terapêuticas, que funcionam sob a estratégia da abstinência aumentam, há a tendência de diminuir o investimento direcionado aos demais serviços oferecidos pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que teve sua constituição baseada na estratégia de priorização da autonomia do indivíduo e foi fruto da Reforma Psiquiátrica. Há também enorme divergência quanto à observância dos Direitos Humanos e a mercantilização do serviço de saúde mental, incentivada pelas Frentes Parlamentares e negociações com o poder Executivo. Isso porque as Comunidades Terapêuticas são alvo de críticas e denúncias frequentes por desrespeito aos Direitos Fundamentais dos internos, para as quais o financiamento com recursos públicos só aumenta nos últimos anos. Esse cenário contraditório leva a conclusão de que é necessária a reavaliação das políticas públicas direcionadas à saúde mental, a fim de propiciar a efetivação dos princípios estabelecidos no ordenamento jurídico brasileiro relativos à proteção da dignidade humana.

**Palavras-chave:** comunidades terapêuticas; luta antimanicomial; saúde; drogas; sistema único de saúde.

## ABSTRACT

The main objective of this work is to evaluate how public resources directed to Therapeutic Communities (CTs), to the detriment of the Unified Health System (SUS), can represent a threat to the achievements made by the Anti-Manicomial Movement. The research seeks to answer the question: "What is the relationship between public investment in Therapeutic Communities (TCs) and the precarious observance of Human Rights in public mental health policies? The methodology adopted has a descriptive objective, using the deductive method, and a documentary and bibliographical research. The procedure involved a review of the legislation, scientific articles found in the Web of Science and SciELO Brazil databases, official government documents, reports prepared by the Regional Council of Psychology, academic publications relevant to the topic and news widely disseminated by the media, analyzing the data collected in a predominantly qualitative way. As public resources allocated to Therapeutic Communities, which operate under the abstinence strategy, increase, there is a tendency to decrease the investment directed to other services offered by RAPS (Psychosocial Care Network), which was established based on the strategy of prioritizing the autonomy of the individual and was the result of the Psychiatric Reform. There is also a huge divergence regarding the observance of Human Rights and the commercialization of mental health services, encouraged by the Parliamentary Fronts and negotiations with the Executive Branch. This is because Therapeutic Communities are the target of frequent criticism and complaints for disrespecting the Fundamental Rights of inmates, for which public funding has only increased in recent years. This contradictory scenario leads to the conclusion that it is necessary to reevaluate public policies aimed at mental health, in order to enable the implementation of the principles established in the Brazilian legal system regarding the protection of human dignity.

**Keywords:** therapeutics communities; anti-asylum struggle; health; drugs; unified health system.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

Centro Psiquiátrico Nacional (CPN)

Comissão de Narcóticos das Nações Unidas (CND)

Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)

Comunidades Terapêuticas (CTs)

Conectas Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)

Constituição Federal (CF)

Conselho Federal de Psicologia (CFP)

Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD)

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)

Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM)

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Frentes Parlamentares (FPs)

Frentes Parlamentares em defesa das Comunidades Terapêuticas (FPCTs)

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)

Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM-5)

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)

Ministério Público Federal (MPF)

Organização das Nações Unidas (ONU)

Produto Interno Bruto (PIB)

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)

Redução de Danos (RD)

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

Sistema Nacional de Política sobre as Drogas (SISNAD)

Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD)

Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Substância Psicoativa (SPA)

Unidade Básica de Saúde (UBS)

Unidade de Acolhimento (UA)

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	O DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS	13
	<b>2.1 A Evolução Histórica do Direito à Saúde</b>	<b>13</b>
	<b>2.2 A Política Abolicionista e a Reforma Psiquiátrica</b>	<b>17</b>
3	ESTRATÉGIAS PARA UM TRATAMENTO HUMANIZADO	20
	<b>3.1 A Evolução das Políticas de Saúde e a Desinstitucionalização da Saúde Mental no Brasil</b>	<b>21</b>
	<b>3.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus desafios</b>	<b>22</b>
4	AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E OS NOVOS MANICÔMIOS	27
	<b>4.1 Origem e Estrutura das Comunidades Terapêuticas</b>	<b>27</b>
	<b>4.1.1 Práticas e violações nas comunidades terapêuticas</b>	<b>30</b>
	<b>4.2 Financiamento Público e seus Impactos na Saúde Mental</b>	<b>34</b>
5	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS	39

## 1 INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica, marcada pela Lei nº 10.216, houve a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico pelo comunitário, priorizando a autonomia dos indivíduos e a estratégia de redução de danos, com o fim de manter a participação do indivíduo na sociedade e garantir a proteção aos Direitos Humanos.

Nesse cenário social, político e jurídico, também operam as Comunidades Terapêuticas (CTs), que são instituições de natureza privada, frequentemente religiosas, que utilizam principalmente a estratégia de abstinência, empregada a partir do isolamento do dependente químico por um período de tempo. No entanto, apesar de esse modelo terapêutico ser apontado como precário no que se refere à fiscalização e garantia dos Direitos Humanos, recentemente vem sendo observado o crescente recebimento de recursos financeiros públicos. Diante disso, pergunta-se qual é o impacto do financiamento das CTs na observância dos Direitos Humanos?7

A relevância desse questionamento está na preocupação acerca de retrocesso aos direitos conquistados pela luta antimanicomial e inobservância do princípio da vedação ao retrocesso, preconizado pelo Sistema Internacional de Proteção aos Direitos Humanos, também protegidos pela Carta Magna no princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF) e, implicitamente, no princípio da máxima efetividade (art. 5º, § 1º, da CF) e no princípio do Estado Democrático e Social de Direito (art. 1º, caput, da CF). Ademais, esta pesquisa propicia o debate acerca da transparência e efetividade das políticas públicas para fins de permitir o controle social. Por fim, este estudo propõe aproximar o debate sobre a luta antimanicomial da Faculdade de Direito, reconhecendo sua pertinência não somente no âmbito da saúde, mas também na esfera jurídica.

Portanto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo analisar as implicações do financiamento público das CTs na observância dos direitos humanos nas políticas de saúde mental. Para tanto, pretende-se relacionar as estratégias de políticas públicas aplicadas às drogas, comparar o respectivo

respeito aos direitos humanos e discutir a consequência dos incentivos financeiros às CTs na proteção aos direitos fundamentais dos usuários de serviço de saúde mental.

A metodologia adotada possui o objetivo exploratório, utilizando o método de pesquisa documental e bibliográfica. O procedimento envolveu uma revisão da legislação, de artigos científicos encontrados na base de dados do Web of Science e do SciELO Brasil, documentos oficiais do governo, relatórios realizados pelo Conselho Regional de Psicologia, publicações acadêmicas pertinentes ao tema e notícias amplamente divulgadas pela mídia, analisando os dados coletados de forma predominantemente qualitativa.

Em suma, esta pesquisa será estruturada em três capítulos basilares. O primeiro, tratará do direito à saúde e das políticas públicas como instrumento para concretizá-lo. O segundo, mergulhará nas políticas públicas implementadas, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), a RAPS e suas diretrizes. Já no terceiro capítulo, será analisada a compatibilidade das CT's com a promoção dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos e o seu financiamento.

## 2 O DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

### 2.1 A Evolução Histórica do Direito à Saúde

Historicamente, a segregação é utilizada como solução a um grupo considerado problemático. Segundo Foucault (2019), durante a Idade Média a lepra foi combatida através do isolamento em leprosários, instituições embrionárias dos manicômios. Com a superação dessa crise sanitária, os loucos passaram a ser alvos do afastamento e perdiam o exercício do seu direito à liberdade, pois acreditava-se que essa já havia sido prejudicada pela própria loucura. Tal exclusão possuía um aspecto moral e religioso, pois era tida como uma forma de salvar e punir o indivíduo. A partir do século XVII, ocorre o movimento segregacionista, a “grande internação”, com o surgimento do Hospital Geral.

Amarante (2013) destaca a influência do médico Philippe Pinel na transformação do asilo meramente assistencialista em um ambiente com o escopo de tratar. No entanto, apesar disso, Pinel ainda defendia o isolamento como modelo terapêutico necessário. Nos asilos, os médicos exerciam forte dominação sob os internos, já que possuíam o poder de definir a normalidade e o que era contrária a ela no comportamento de um indivíduo, bem como impingir o tratamento que quisesse sem possibilidade de oposição ou resistência por parte dos internos. Esse modelo terapêutico foi absorvido pelo Brasil. Todavia, os asilos demonstraram problemas de superlotação e métodos violentos e atentatórios à dignidade dos internos.

Após as atrocidades ocorridas durante o período de guerras mundiais, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948. A partir dela, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), com o intuito de promover os direitos básicos para a dignidade humana, que é o núcleo dos direitos humanos. Em seu artigo 25 dispunha que é direito de todo ser humano ter acesso à saúde para si e sua família. Apesar de a DUDH apenas educar e promover ações internas e externas no cumprimento desses direitos, os princípios de Direitos Humanos, que costumam ser expressos por intermédio de declarações, proclamações ou cartas, servem de referência para as leis nacionais, bem como para as condutas e sanções internacionais (Lamy; Roldan; Hahn, 2018).

O pós-guerra propiciou valorização e debate acerca da dignidade humana e os manicômios passaram a ser criticados. Episódios de violações aos direitos

fundamentais foram alvo da imprensa e de ativistas. A jornalista Daniela Arbex, por exemplo pesquisou e publicou o livro *Holocausto Brasileiro*, também documentário, acerca do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, onde cerca de 60.000 pessoas morreram e incontáveis sofreram danos irreparáveis (Arbex, 2019). A postura brasileira diante dos abusos cometidos nessas instituições rendeu ao Brasil a denúncia e condenação perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos pela tortura e morte do interno Damião Ximenes Lopes, na Casa de Repouso Guararapes.

Esse cenário mundial levou o médico Franco Basaglia a questionar se as técnicas psiquiátricas eram meios de opressão ou libertação. A problematização incentivou o movimento de desinstitucionalização, que resultou na inclusão da Lei nº 180 de 1978 no ordenamento jurídico italiano. Sob essa influência, deu-se início à luta antimanicomial brasileira. As premissas defendidas por Basaglia, a defesa da desinstitucionalização, materializou-se na Lei nº 10.216/2001, que marcou a Reforma Psiquiátrica Brasileira em seu aspecto jurídico, estabelecendo parâmetros para a prestação de saúde mental no Brasil, como a diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a priorização do atendimento em serviços comunitários (Vitorino, 2020).

Isso porque o direito à saúde está intrinsecamente relacionado ao conceito de dignidade humana, consagrado como um princípio fundamental em tratados e legislações nacionais e internacionais. Esse direito se desenvolveu ao longo de períodos históricos marcados por desigualdades, avanços democráticos e compromissos globais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e os Pactos Internacionais que a complementam.

Em 1966, foram promulgados dois pactos fundamentais para a consolidação dos direitos humanos no cenário internacional: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, que trata de direitos liberais, e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que, junto com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), compõem o sistema global de direitos humanos, estabelecendo os parâmetros de dignidade humana a serem observados (Lamy; Roldan; Hahn, 2018).

No Brasil, a saúde como direito fundamental é resultado da interação entre a evolução de normas globais e as demandas sociais locais, marcando um compromisso progressivo com a universalização do acesso e a garantia desse

direito. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 226/1991, prevê a obrigação da implementação do direito à saúde mental e física, de forma progressiva, considerando as limitações financeiras do Estado. No entanto, os estados signatários têm a obrigação de garantir o princípio do não retrocesso e agir de forma diligente para evitar omissões que comprometam os direitos assegurados (Lamy; Roldan; Hahn, 2018).

Após a redemocratização, o anseio por respeito à dignidade humana foi explicitado na Constituição Federal de 1988 (CF) que, em seu artigo 6º preconiza os direitos sociais, assegurando que o Direito à saúde de qualidade e acessível, bem como a interferência em fatores subjacentes são exigíveis ao Estado e direito de todos (Barros de Oliveira et al., 2018). A inclusão desses direitos sociais na Constituição Federal foi influenciada pela Constituição Mexicana de 1917, a primeira a introduzir direitos fundamentais, ao estabelecer o princípio da igualdade abrangente, indo além da classe trabalhadora. Outra referência importante foi a Constituição de Weimar de 1919, que também incorporou avanços significativos no reconhecimento e proteção de direitos sociais (Robl Filho, 2017).

Outro ponto relevante é que, com a reforma sanitária brasileira, que teve início na década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental exigiu melhoria nas condições de trabalho e no tratamento dos doentes mentais. Em resposta aos anseios populares, a Lei nº 10.216 reafirmou os dispositivos da Constituição de 1988, tais como igualdade e vedação à discriminação, direito à informação e direito à proteção à intimidade, à honra e à imagem. A Constituição de 1988 dedicou o direito à saúde à disposição em seu Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II, art. 196 da CRFB/88 (art. 6º, CRFB/88), conforme análise de Barbosa-Fohrmann e Martins (2021).

Anteriormente, nas Constituições de 1824 e 1891, não havia qualquer menção à proteção desse direito, e a população marginalizada era tratada sob uma ótica predominantemente eugenista e asilar. O Decreto nº 1.132/1903<sup>1</sup>, por exemplo, estabelecia o recolhimento compulsório de indivíduos considerados alienados em instituições específicas, caso representassem uma ameaça à ordem pública e à

---

<sup>1</sup> BRASIL. Decreto nº 1.132, de 7 de janeiro de 1903. Regulamenta a assistência médico-legal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 9 jan. 1903. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1900-1909/d1132.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1900-1909/d1132.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.

segurança. Já a prestação de serviços de saúde pela iniciativa privada, sob supervisão estatal, foi regulamentada pela primeira vez com a Lei Federal de Assistência Médico-Legal de 1903 (Arquivo Nacional, 2019).

A Constituição de Weimar influenciou a Carta Política de 1934, que trouxe direitos sociais, culturais e econômicos, bem como previsão no art. 121, §1º, alínea “h”, da prestação de assistência médica ao trabalhador formal e previdência, mas, embora a população brasileira assistisse ao avanço do direito à saúde do trabalhador e outros direitos sociais, as pessoas em sofrimento psíquico ainda eram tratadas a partir do modelo assistencialista. Com a política psiquiátrica preventiva, nos anos 40, surge a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e, nos anos 70, foi instituída a Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM), através do Decreto nº 6623/1970 e a criação do Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) por meio do Decreto-Lei nº 7.015/1944 (Barbosa-Fohrmann; Martins, 2021).

Na Constituição de 1946, o direito à saúde era exclusivo dos trabalhadores e gestantes, com a previsão à previdência como reabilitação para prática laboral. No período governado por Juscelino Kubitschek, o hospital psiquiátrico foi instrumento de isolamento e reforço do estereótipo da periculosidade dos doentes mentais. A assistência brasileira era prestada por hospitais públicos, hospitais privados e hospitais privados com convênios públicos. Também, durante a ditadura militar houve intensa mercantilização da assistência psiquiátrica por convênio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com exclusão de pessoas com doença mental e atendimento a interesses privados (Barbosa-Fohrmann; Martins, 2021).

Cabe ressaltar que a dependência química enquadra-se no conceito de transtorno mental. Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM-5), consiste em um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. O diagnóstico, no geral, é atribuído ao indivíduo que apresenta tolerância à substância, síndrome de abstinência, perda de controle de seu desejo quanto ao uso da substância e a continuidade do uso da substância, mesmo com a ciência dos prejuízos auferidos (da Silva, 2019).

Para tanto, entende-se por droga, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, substância que não é produzida pelo corpo humano e lhe provoca alterações físicas e psíquicas. O uso abusivo de psicoativos tem sido encarado como um desafio de saúde pública, um problema biopsicossocial (da Silva, 2019).

No entanto, o uso de substâncias psicotrópicas não é um comportamento

recente. A grande difusão comercial, principalmente de ópio e tabaco deu-se no período das grandes navegações, sendo as colônias fontes de matérias-primas. Com a Revolução Industrial e ascensão do capitalismo coloca a comercialização de drogas como fonte de lucro. No século XX, ocorreu a regulação econômica estatal, bem como a separação entre drogas lícitas e ilícitas, inclusive com a ocorrência de incentivos publicitários. Entretanto, outras questões sociais, tais como a marginalização e problemas sócio-sanitários também aumentaram (Gomes; Vecchia, 2018).

Recentemente, a prefeitura de São Paulo separou os dependentes químicos da chamada “cracolância” dos demais cidadãos através de um muro de 40 metros de extensão e 2,5 metros de altura que custou aos cofres públicos R\$96 mil, situação questionada ao judiciário por partidos políticos e defensoria pública.

## 2.2 A Política Abolicionista e a Reforma Psiquiátrica

Diante do crescimento do consumo de substâncias psicoativas e das questões sociais associadas, diversos países optaram por adotar políticas baseadas no modelo proibicionista. Essa abordagem ganhou força no cenário internacional, especialmente com as medidas implementadas pelo governo de Ronald Reagan, que consolidaram a chamada “guerra às drogas”. No Brasil, esse modelo foi incorporado inicialmente pelo Decreto-Lei nº 4.294, de 14 de julho de 1921, que estabeleceu penalidades para a venda de substâncias psicoativas e previu a criação de estabelecimentos específicos para internação de intoxicados. Esse marco legal trouxe uma distinção maior entre usuários e traficantes, diferente das práticas observadas no período da ditadura militar (Martins; Rocha, 2021).

Entretanto, a Lei nº 11.343, responsável por instituir o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), ampliou as condutas enquadradas como tráfico, suscitando críticas sobre sua objetividade e contribuindo para o encarceramento seletivo em massa (Feitosa; Leite, 2021). A PEC 45, também conhecida como PEC das drogas, sugere a mudança na CF para admitir a prisão por porte de drogas, ainda que em pequena quantidade. Na mesma lógica, o PL 1637/2019, ainda em tramitação, pretende ampliar a internação do réu inimputável.

Considerando que os entorpecentes são uma questão transnacional, diversos acordos internacionais foram firmados com o objetivo de estabelecer cooperação

para o controle e a prevenção do uso de substâncias psicoativas. Entre esses acordos, destacam-se a Primeira Convenção sobre o Ópio, de 1912, a Segunda Convenção sobre o Ópio, de 1925, a Primeira Convenção de Genebra, de 1931, a Segunda Convenção de Genebra, de 1936, e, também, a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961. Esta última, promulgada pelo Decreto nº 54.216/1964, discutiu amplamente o uso medicinal de entorpecentes e estabeleceu diretrizes para sua fiscalização.

Em seguida, houve a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, aprovada pelo Decreto nº 79.388/1977, que estabeleceu um sistema de controle internacional de psicotrópicos. Posteriormente, a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicoativas de 1988, foi incorporada ao ordenamento jurídico nacional através do Decreto 154/1991. Essa convenção intensificou a cooperação internacional, promovendo a troca de informações e a extradição de traficantes, entre outras medidas (Silva, 2015).

A partir da Conferência na ONU, o Brasil declarou, na 66ª Sessão da Comissão de Narcóticos das Nações Unidas (CND), de 2023, atribuir importância aos Direitos Humanos no enfrentamento de questões relacionadas às drogas. No entanto, sabe-se que para que os tratados internacionais em Direitos Humanos, possam ser efetivados, é necessária atenção à conformidade das políticas públicas implementadas pelo país.

Em síntese, na visão de Maria Paula Dallari Bucci, as políticas públicas são iniciativas do governo destinadas a organizar os recursos disponíveis e as atividades do setor privado com objetivos que atendem ao interesse social e político. Dessa maneira, ao assegurar os direitos sociais, o Estado busca garantir que as pessoas em situações de vulnerabilidade não sejam marginalizadas e possam integrar-se plenamente à sociedade (Carvalho, 2019).

As políticas públicas podem adotar diferentes abordagens em sua implementação. Além da tradicional perspectiva estatista, na qual o Estado atua como protagonista único, existe também a abordagem policêntrica, que incorpora a participação de entidades privadas no processo. Theodore J. Lowi<sup>2</sup> propôs uma classificação dessas políticas de acordo com seu escopo, dividindo-as em quatro categorias: distributivas, redistributivas, regulatórias e estruturadoras.

---

<sup>2</sup> Theodore J. Lowi (1931–2017) foi um influente cientista político norte-americano, conhecido por suas contribuições à teoria das políticas públicas e à análise do poder político.

As políticas distributivas têm como objetivo oferecer bens e serviços à população, sendo financiadas pelo orçamento público geral. Já as redistributivas também fornecem bens e serviços, porém são custeadas por recursos provenientes de grupos específicos da sociedade para beneficiar outros grupos.

No âmbito das políticas regulatórias, encontram-se as normas e determinações que estabelecem padrões de conduta para agentes públicos e privados. Por fim, as políticas estruturadoras definem os procedimentos e diretrizes fundamentais a serem seguidos pelos poderes e demais sistemas que compõem o Estado Democrático de Direito.

Como um ciclo, as políticas públicas passam por etapas. Essas etapas podem variar de acordo com a doutrina adotada. Para Secchi (2016), em primeiro lugar, há a definição da agenda prioritária e, em seguida, a delimitação do problema no qual se pretende interferir com as decisões políticas. Após a eleição da melhor alternativa a ser adotada, a administração pública passa a ser organizada para propiciar a implementação da política pública.

Dessa forma, a execução da política pública precisa ser continuamente monitorada, a fim de verificar os efeitos produzidos na sociedade e no problema proposto inicialmente. Caso a resposta às políticas públicas sejam desfavoráveis ou ela se torne obsoleta, pelo fim da relevância do problema, haverá a extinção da política pública.

A dependência química tem sido alvo de decisões políticas direcionadas aos dependentes químicos, um grupo social frequentemente marginalizado. Assim como na idade clássica, não é raro que sejam oferecidos incentivos para a segregação desses indivíduos como uma solução. Segundo o Jornal da Universidade de São Paulo, a cidade de São Paulo possui cerca de 72 cracolândias, ocupadas por dependentes químicos, traficantes e outros grupos. O jornal destaca, no entanto, o efeito positivo de algumas políticas públicas que envolviam política habitacional, profissional e de saúde (Capomaccio, 2024).

Conforme Lüder (2025), levantamento realizado pela Globo News apontou uma redução no número de boletins de ocorrência relacionados a crimes patrimoniais na região conhecida como Cracolândia. No entanto, o índice de crimes registrados permanece elevado, com uma média de 33 ocorrências por dia. Essa realidade evidencia a deficiência de políticas públicas efetivas, resultando em uma cadeia de prejuízos sociais: de um lado, há o agravamento dos estigmas

enfrentados pelos dependentes químicos; de outro, a sensação de insegurança vivenciada pela população continua a crescer.

### 3 ESTRATÉGIAS PARA UM TRATAMENTO HUMANIZADO

#### 3.1 A Evolução das Políticas de Saúde e a Desinstitucionalização da Saúde Mental no Brasil

A história brasileira é marcada pela deficiência em saneamento básico. O início das políticas sanitárias teve como principais características a urbanização, combate a doenças e a criação do Código Sanitário (Augusto, 2018). Na era Vargas, por meio da contribuição nas caixas de aposentadoria e pensão, o trabalhador passou a acessar serviços públicos de saúde.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, estando a previdência a cargo da questão médica. Em 1967, o Ministério da saúde ficou encarregado da Política Nacional de Saúde, mas havia uma dependência da iniciativa privada e problemas de fiscalização.

Com o foco na equidade e no acesso universal à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, por meio da Lei nº 8.080, como parte integrante da Seguridade Social. O SUS emerge como um marco da Reforma Sanitária, visando à universalização dos serviços de saúde, à melhoria contínua da qualidade dos atendimentos, à democratização da informação, à transparência na gestão dos recursos e à descentralização do controle social (Barbosa; Rêgo; Barros, 2020).

Diversos atos normativos foram determinantes para a construção da Política Nacional de Saúde Mental, promovendo a transição de um modelo hospitalocêntrico para uma abordagem psicossocial. Entre essas iniciativas destacam-se os Serviços Residenciais Terapêuticos, instituídos pelas Portarias nº 106/2000 e nº 1.220/2000, o Programa De Volta Para Casa, regulamentado pela Lei nº 10.708/2003<sup>3</sup>, e a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), formalizada pela Portaria/GM nº 336/2002. Essa evolução permitiu, já em 1992, a criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, consolidando um marco importante no atendimento em saúde mental (Amarante; Nunes, 2018).

Os serviços de saúde, segundo a OMS, são atividades de promoção, restauração e manutenção de saúde da população. A Política Nacional de Saúde Mental, estabelecida após reivindicações de movimentos coletivos e individuais, instituiu um modelo aberto e comunitário para pessoas em sofrimento psíquico e dependentes químicos. A política tem como princípios a desinstitucionalização, direitos humanos, cuidado em liberdade, proteção e direito das pessoas com transtornos mentais, assistência de saúde de acordo com a necessidade

do paciente. e não discriminação (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A desinstitucionalização no Brasil envolve não apenas a transformação do modelo asilar para o comunitário, mas exige amplas alterações nas dimensões epistêmicas, culturais, assistenciais e, também, legais. O objetivo de promover a desinstitucionalização prevê, para tanto, o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, além da mudança dos saberes prático-teóricos. Passa-se a tratar não somente a doença, mas o indivíduo em sua complexidade (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

A desinstitucionalização perseguida pode dividir-se em três grupos. O primeiro grupo trata do sentido micro da desinstitucionalização. É defendido pela Reforma Psiquiátrica ao tratar da substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços de base comunitária como a RAPS. O segundo grupo refere-se à visão macro do termo desinstitucionalização. Engloba a inserção social e o trabalho social nos paradigmas construídos e a promoção da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

Assim, o foco recai sobre o indivíduo em sua dimensão sociocultural, exigindo a adaptação de seu estatuto jurídico para possibilitar sua plena participação na vida em sociedade. O terceiro grupo, por sua vez, aborda as novas relações entre a sociedade e a loucura (Fernandes, 2018).

A desinstitucionalização também abrange a consciência acerca do sofrimento do indivíduo e sua relação com a sociedade. Essa problemática que envolve o aspecto ético e de cidadania forma a noção básica do conceito de reabilitação. Percebe-se que não é suficiente o retorno ao estado de “normalidade”, de convívio social ou laboral. A visão atual trata a reabilitação como autonomia nas suas funções e na sociedade. Inevitavelmente, a reabilitação engloba a casa, o trabalho e o lazer. A reabilitação psicossocial visa resgatar a singularidade e o respeito à pessoa em sofrimento psíquico (Jorge et al., 2006).

### 3.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus desafios

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e com dependência química, conforme estabelecido na Portaria nº 3.088/2011, que define a organização e a estruturação do serviço. A RAPS é composta por diversos pontos

de atenção, como: atenção básica, atenção psicossocial, serviços de urgência e emergência, cuidados de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, buscando proporcionar um atendimento integral e coordenado a esses indivíduos.

O SUS passou a adotar, conseqüentemente, um sistema complexo de prestação de atendimento à saúde mental, expandindo a cobertura assistencial. A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida pelo Ministério da Saúde como "um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas" (Brasil, 2011). Roni de Melo Piuchi (2018), observa que as atividades realizadas na RAPS são desempenhadas em forma de rede. A forma de acesso do usuário dos serviços oferecidos podem variar, embora não signifique a anulação do seu acesso universal.

A UBS recebe pacientes por procura espontânea, também chamada de "portas abertas", do mesmo modo, o usuário pode receber atendimento no CAPS, independentemente de sua residência. Na Unidade de Acolhimento (UA), diferentemente, o acesso se dá por meio de indicação terapêutica realizada no CAPS. Por fim, há o Consultório de Rua, que, como o próprio nome já indica, se propõe a atender a população que se encontra naquele espaço no que diz respeito a diversas demandas.

A coordenação da RAPS com a atenção básica reside, dentre outros fatores, no fato de que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está mais próxima da realidade social dos usuários. No entanto, existem alguns desafios, pois, enquanto há divergência de concepções entre os trabalhadores especializados e os da ESF, persiste a visão manicomial e biomédica dos trabalhadores da atenção básica.

Portanto, há um desencontro, já que, pela perspectiva da Atenção Básica há uma expectativa de desenvolver um trabalho mais clínico-assistencial do que atender a expectativa técnico-pedagógica. Os dois grupos reclamam de sobrecarga de trabalho. Esse desencontro advém da longa trajetória histórica manicomial brasileira, mas é preciso que a ESF também atue como parte da rede de saúde mental e não apartada dessa (dos Santos et al., 2023).

Ainda no que diz respeito à Unidade Básica, as ações direcionadas às pessoas em situação de rua ou dependentes químicos tiveram uma maior atenção a partir de 2009, com o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e

Prevenção em Álcool e outras Drogas. O Consultório da Rua, que posteriormente passaria a se chamar Consultório na Rua foi um instrumento de substituição da abordagem biomédica para a psicossocial, tornando-se porta de entrada para outros serviços de saúde.

Em pesquisa<sup>4</sup> realizada com a equipe do consultório na rua em Porto Alegre, foram identificadas diversas barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde pelos usuários de drogas. Na percepção dos entrevistados, algumas dessas barreiras incluem o estigma social, a segmentação da rede de serviços, a carência de prestação de serviços de atenção à saúde mental no município, a burocratização dos processos e a territorialização. A pesquisa busca compreender essas dificuldades sob a perspectiva da vulnerabilidade, visando melhorar as estratégias de cuidado e ampliar o acesso à saúde para essas pessoas excluídas e estigmatizadas.

Sem olvidar de que se trata comumente de um grupo social marginalizado, a percepção da discriminação, precariedade de vínculos sociais e desconfiança nas instituições também atrapalham a busca pelos serviços de saúde. Destaca-se, por fim, a idealização dos CAPS como protagonistas na Reforma Psiquiátrica, com a ausência de articulação da rede, fez com que os CAPS AD exerçam, muitas vezes, a função ambulatorial (Friedrich et al., 2019).

O CAPS atua de forma ampla e multidisciplinar, por meio da assistência familiar, de tratamento em grupo, em oficinas terapêuticas, junto à comunidade e acolhimento noturno. Isso remonta o precursor trabalho desenvolvido por Nise Silveira, com a criação da Casa das Palmeiras, onde os egressos de instituições psiquiátricas realizavam atividades artísticas como atividade terapêutica (da Silveira, 2017). Além do CAPS, há também Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos de Atenção Integral nos Hospitais Gerais e nos CAPS III e Centros de Convivência e Cultura de Acolhimento.

A emergência psiquiátrica também é um dos serviços que constitui a RAPS. Excepcionalmente, caso para o indivíduo não sejam suficientes os demais serviços, pode haver a internação por um curto período apenas durante o período necessário ao manejo da crise. A internação pode ocorrer tanto em leitos psiquiátricos quanto

---

<sup>4</sup> FRIEDRICH, Melina Adriana et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *Journal of Nursing and Health*, v. 9, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/13443>. Acesso em: 18 jan. 2025.

em leitos disponíveis no CAPS-III. Após, o usuário pode continuar o seu tratamento dentro dos outros serviços oferecidos na rede (Cenerino; Ferrazza, 2021).

A preocupação com a reinserção do paciente ao convívio social é uma das premissas da RAPS, como pode ser auferido através de programas sociais específicos, tal como o Programa de Volta pra Casa, que oferece uma bolsa para as pessoas que passaram por longos períodos de internação, com o objetivo de evitar aumento de vulnerabilidade. Também fazem parte da RAPS os Hospitais Gerais, as Residências Terapêuticas para os internos que moravam nos manicômios e não dispõem de família e habitação, a emergência psiquiátrica e a Unidade de Saúde da Família.

Os Hospitais psiquiátricos não faziam parte da RAPS, mas podiam ser usados em último caso, quando as outras medidas não se mostrarem suficientes. É importante que não se confunda Residência Terapêutica com Comunidade Terapêutica, que será melhor tratada adiante.

O Ministério da Saúde esclarece em seu site quais são as diretrizes da RAPS:

o respeito aos direitos humanos, com autonomia e liberdade para as pessoas; A promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros (Ministério da Saúde, 2023).

A citação reflete os princípios fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que busca assegurar uma abordagem humanizada e integrada no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico e/ou dependência química. Ao enfatizar diretrizes como o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, e o combate ao estigma, a RAPS se coloca como uma estratégia crucial para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade e a inclusão social dos indivíduos em situação de vulnerabilidade. As diretrizes também destacam a importância da interdisciplinaridade e das estratégias de Redução de Danos, fundamentais para um tratamento mais eficaz e que respeite a dignidade do paciente.

Após perceber o fracasso da estratégia proibicionista, evidenciado pelo aumento do tráfico de drogas e do consumo, a Inglaterra registrou, em 1926, a

primeira ação de Redução de Danos (RD). Esse movimento teve como base o Relatório Rolleston, que sugeria a prescrição controlada de morfina e heroína por médicos, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários. No entanto, foi apenas na década de 1980 que a RD passou a ser incorporada em alguns sistemas de saúde, especialmente em resposta à epidemia de AIDS, que destacou a necessidade de abordagens mais eficazes e humanas no tratamento de dependentes químicos.

Devido ao risco de transmissão de doenças infecciosas pelo compartilhamento de seringas, diversos países europeus passaram a adotar programas de troca de seringas. Pesquisas indicam que essas iniciativas não ocasionam aumento no consumo de substâncias psicoativas (Gomes; Vecchia, 2018).

O modelo de redução RD, em sua essência, não se opõe à abstinência. A principal diferença está no fato de que, enquanto a abstinência é uma condição prévia e necessária na abordagem tradicional, na estratégia de redução de danos, ela é vista como um possível resultado de um processo gradual de autocuidado. No Brasil, a redução de danos foi incorporada como parte dos avanços trazidos pela Reforma Psiquiátrica, sendo implementada inicialmente por meio do programa de DST/AIDS, que promovia o acesso a seringas para o uso seguro de substâncias psicoativas.

Além disso, a abordagem possui um caráter humanístico, fundamentado na ausência de coerção sobre os usuários. Para os casos de dependência química, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponibiliza unidades como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que oferecem suporte especializado. Em contrapartida, as Comunidades Terapêuticas (CTs) frequentemente enxergam os dependentes químicos como indivíduos que precisam de "reeducação" devido a um suposto desvio moral. Nessa perspectiva, buscam impor e internalizar um código moral no sujeito, muitas vezes com forte conotação religiosa.

No Brasil, a RD passou a nortear o SUS a partir da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2003. A RD também possui atuação no sentido de prevenir ou evitar o agravamento da situação de dependência. A RD ainda é considerada de baixa cobertura no Brasil, ou seja, abrange um número reduzido de usuários por ainda estar em fase de implementação. Quanto ao financiamento, há a participação tanto pública quanto privada.

Os Agentes Redutores de Danos frequentemente possuem vínculo informal, na maioria, voluntários, causando lacunas de capacitação. Há relatos de disponibilização de kits de redução de danos, composto por água destilada, preservativo, lubrificante e, em alguns casos, agulhas, seringas e cachimbo. Há também as Terapias de Substituição que se referem à utilização de drogas em substituição para o tratamento da dependência química. O mapeamento do território para o reconhecimento dos locais de uso também é uma estratégia para realização de atividades compatíveis com a realidade de cada local (Gomes; Vecchia, 2018).

Na pesquisa de Piuchi, foi empregado o estudo de caso, no qual foi identificado que o rompimento dos laços afetivos representava um obstáculo significativo para a reintegração do indivíduo à sociedade. Piuchi concluiu que a integração de diversos fatores, como moradia, trabalho e apoio afetivo, é essencial para o sucesso do processo de recuperação. Além disso, um questionário aplicado revelou uma opinião negativa sobre a estrutura dos serviços prestados, contrastando com o alto comprometimento e esforço dos profissionais envolvidos.

De acordo com Schenker (2004), a participação familiar no tratamento é de suma importância, razão pela qual muitas abordagens terapêuticas, como a Terapia de Família Cognitivo-comportamental e a Terapia de Família Multidimensional, são realizadas no contexto familiar.

## 4 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E OS NOVOS MANICÔMIOS

### 4.1 Origem e Estrutura das Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas (CTs) emergiram como uma alternativa ao tratamento de dependentes químicos em um cenário marcado pela insuficiência do modelo hospitalocêntrico e pela ausência de políticas públicas abrangentes. No entanto, sua estrutura e funcionamento têm sido frequentemente comparados aos antigos manicômios, especialmente devido ao isolamento social, práticas coercitivas e violações de direitos humanos observadas em muitas dessas instituições.

Apesar de sua inclusão recente no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), sua atuação levanta questionamentos quanto à eficácia terapêutica e à compatibilidade com os princípios de liberdade e dignidade defendidos pela Reforma Psiquiátrica, expondo um risco de retrocesso na luta pela humanização da saúde mental.

O movimento do programa de erradicação da droga tem origem em três grupos. O primeiro foi chamado de Grupo de Oxford, em 1920, em Nova York, criado por uma organização religiosa que tinha como fundador Frank Buchman, padre evangélico luterano que, assim como o Doutor Samuel Shoemaker, pastor da Igreja Episcopal do Calvário, interpretavam o comportamento dos internos como um problema espiritual a ser corrigido (Sommer, 2011).

O segundo grupo foi criado em 1935, conhecido pela sigla AA, os Alcoólicos Anônimos tiveram como fundador um Corretor da Bolsa Bill Wilson, Burns, e o médico Doutor Bob Smith que utilizaram-se do auxílio mútuo contra a dependência de álcool. O terceiro grupo foi o Synannon, fundado em 1959, na Califórnia, uma comunidade residencial para o isolamento de dependentes das mais diversas substâncias. A passagem do tratamento não-residencial, proposto pelos Alcoólicos Anônimos, para o modelo residencial vai basear a lógica de tratamento de dependentes químicos nas Comunidades Terapêuticas atuais (Sommer, 2011).

Além disso, nos últimos anos, foram implementadas alterações no ordenamento jurídico, tais como a Portaria nº 1.482<sup>5</sup>, que incluiu as CTs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e o Decreto 9.761<sup>6</sup>, que dispõe sobre a estratégia da abstinência total. Desse modo, as CTs passaram a integrar a RAPS e tornou-se possível o incentivo, inclusive com financiamento público (Dos Santos, 2021).

A primeira CT no Brasil foi fundada em 1968, a partir de um movimento

denominado “jovens livres”, e tinha como escopo o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas. O acontecimento da vinda do Reverendo David Wilkerson ao Brasil, em 1972, influenciou a abertura de várias CTs, tendo em vista que ele havia sido responsável pela fundação no início da década de 50, nos EUA, a “Comunidade Teen Challenge” (Quintas; Tavares, 2020). Já a atuação proveniente da igreja católica foi iniciada pelo Padre Haroldo J. Rham em 1978 (Chaves, 2007).

De forma geral, as Comunidades Terapêuticas (CTs), também chamadas de Entidades de Acolhimento, são instituições privadas, sem fins lucrativos, com uma forte ligação espiritual-religiosa, principalmente de origem evangélica, com a finalidade de tratamento de pacientes dependentes de substâncias psicoativas que funcionam em regime residencial transitório.

Amarante (2013) aponta que as CTs são instrumentos que possibilitam a sociedade a conter os que são vistos como contrários à ordem social, sendo um perigo ao retrocesso. Segundo Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), o investimento em CTs parecem retomar o período das internações, sendo a loucura deslocada para a taxicomania.

A dependência química tornou-se, ao longo do tempo, uma patologia, fragilidade moral e ameaça social, uma doença incurável de que o doente necessitaria de vigilância constante. Sustendo a guerra às drogas. Para Olivenstein, para configurar a dependência é necessário que o indivíduo não consiga decidir por não usar a substância, mesmo que quisesse. Nesse sentido, condições contextuais devem ser analisadas.

Hoje, existe um grande número de CTs, dentre cadastradas nos órgãos públicos ou não. As Comunidades que participam do Programa de Apoio e Acolhimento oferecem o serviço de forma gratuita ao usuário. Esse tratamento pode variar de acordo com a instituição, mas a pretensão de recuperação do indivíduo estaria relacionada com o convívio em grupo, a realização de atividades terapêuticas, o estabelecimento de rotina, a abordagem holística e a preparação para reinserção social.

---

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES as comunidades terapêuticas e os serviços relacionados às práticas integrativas e complementares. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482\\_04\\_08\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html). Acesso em: 15 jan. 2025.

<sup>6</sup> BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 16 jan. 2025.

Hoje, existe um grande número de CTs, dentre cadastradas nos órgãos públicos ou não. As Comunidades que participam do Programa de Apoio e Acolhimento oferecem o serviço de forma gratuita ao usuário. Esse tratamento pode variar de acordo com a instituição, mas a pretensão de recuperação do indivíduo estaria relacionada com o convívio em grupo, a realização de atividades terapêuticas, o estabelecimento de rotina, a abordagem holística e a preparação para reinserção social.

Conforme a portaria nº 962/24 regula a obtenção do certificado para atuar como CTs, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) publicou o edital nº 08/2023, a partir do qual 587 CTs passaram a fazer parte do cadastro.

As CTs têm como foco a suspensão do uso da SPA (Substância Psicoativa), através do isolamento em residências coletivas. Encontram-se amparadas em rotinas disciplinares, laborterapia e rituais religiosos. A maior parte das CTs são localizadas em áreas afastadas do centro e contam com voluntários e profissionais de saúde.

Apesar de serem suplementares ao SUS, ou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), fazem parte do SISNAD. A Lei nº 11.343 foi alterada pela Redação da Lei nº 13.840/2019, para incluir em seu artigo 26-A a previsão de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras como integrante das atividades de prevenção, tratamento, acolhimento e de reinserção social e econômica de usuários dependentes de drogas.

As CTs estão legalmente fundamentadas no art. 26-A, da Lei nº 11.343/2006, que caracteriza essas instituições pela oferta de projetos terapêuticos, adesão e permanência voluntária, ambiente residencial, avaliação médica prévia, plano individual de atendimento ao usuário e vedação ao isolamento físico. Cerca de 80% dessas instituições são destinadas a internos do sexo masculino.(Ipea, 2018).

As CTs estão fundadas em um tripé, qual seja: disciplina, trabalho e espiritualidade, onde os internos são estimulados à laborterapia, rotinas disciplinadas e rituais religiosos. Na pesquisa, cerca de 95% das CTs declararam a realização de trabalhos espirituais, a maior parte possui relação com as igrejas evangélicas (47%). O SISNAD previu a possibilidade da prestação do serviço tanto pelo SUS quanto por instituições privadas ou organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (Ipea, 2018).

#### 4.1.1 Práticas e violações nas comunidades terapêuticas

A população dependente química sempre esteve distante dos debates e avanços nas políticas de saúde mental. Isso se deve ao fato de que essa discussão era encarada como de âmbito de segurança pública, a qual exigia repressão, inclusive policial. Quando o tema é abordado pela perspectiva da saúde, é utilizada a “psicologia do terror”.

Em 2012, foi iniciado o programa social chamado “Crack, é possível vencer” que, apesar de não tratar somente de dependentes de crack, como o slogan sugeria, tratava-se de uma reprodução do modelo de instituição total, incompatível com os princípios da reforma psiquiátrica, mas semelhante às comunidades terapêuticas. Elas possuíam a abstinência como única possibilidade para o dependente (Gallassi; dos Santos, 2014).

Na contramão da lógica antimanicomial, as Comunidades Terapêuticas surgiram nos anos 70 com a pretensão de funcionar como Residências Terapêuticas temporárias para indivíduos que se encontrem enfrentando problemas de dependência de substâncias químicas. Podemos apontar como fatos importantes para seu surgimento: a ausência do Poder Público, caracterizado pelo antigo modelo hospitalocêntrico, ao não oferecer opções de tratamento suficientes, o que resultava na procura feita pelos familiares dos dependentes químicos pelas instituições religiosas, pois viam uma maneira de auxílio em problemas de ordem social.

A fiscalização e coordenação das atividades realizadas pelas CTs estão a cargo do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), vinculado à Secretaria-Executiva do Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), nos termos do Decreto nº 11.634/2023.

Ainda assim, em 2023, aproximadamente 100 pessoas foram resgatadas de chácaras administradas por pastores da Igreja Batista Vida Nova. Essas instituições cobravam mensalidades das famílias dos internos, que denunciaram práticas como tortura, maus-tratos, cárcere privado, além de problemas graves relacionados à alimentação, desnutrição e condições sanitárias inadequadas.

Outro exemplo é a Clínica de Reabilitação Restituindo Vidas, em Goiás. Vídeos vazados em redes sociais divulgaram a rotina de tortura dos internos e sedação com medicamentos sem prescrição médica. Não diferente, em 2023, sete pessoas foram encontradas em situação análoga a escravidão, em Cosmos, no Rio de Janeiro. Em São Paulo, o interno Onésio Ribeiro, de 38, faleceu com indícios de tortura, enquanto encontrava-se internado na clínica Kairós Prime, sendo o segundo caso de morte da mesma instituição (Metrópoles, 2024).

A procuradoria da República no Mato Grosso, ao inspecionar a CT filhos de Maria concluiu que havia prática de crimes como tortura, cárcere privado e lesão corporal contra os internos.

Também foram encontradas inúmeras violações aos Direitos Humanos na CT conhecida como “projeto DECAV”, que nem ao menos contava com profissionais capacitados. Diante disso, o pastor Omar Bernardo da Costa e os vigias foram apreendidos pelo delito de cárcere privado. Apesar de tudo isso, o PL 3945/2023 tem por objeto a instituição de um dia nacional dedicado às CTs.

O próprio governo federal, por meio do Mecanismo de Prevenção e Combate a Tortura, auferiu que na CT “Salve a Si”, que recebia recursos públicos, não apenas violava os direitos humanos dos internos, como também passou a ser alvo de investigação em razão de suposto desvio de verbas públicas, conforme o Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF).

A resolução nº 03/2020 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) tinha por objeto a regulamentação da internação de adolescentes em CTs. Todavia, essa aplicação foi suscitada perante o Poder Judiciário pela Defensoria Pública da União e dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso e Pernambuco por meio de ação civil e, a partir da PDL 354/2020, a referida resolução foi suspensa.

Por isso, as CTs têm sido comparadas aos Manicômios, principalmente, com base no caráter asilar das CTs. Práticas abusivas foram expostas pelo Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas<sup>7</sup>, de 2017, produzido pelo CFP, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do MPF.

Os dados obtidos nessa inspeção foram objeto de pedido de audiência pública na Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). A consequência foi uma visita da CIDH ao Brasil em 2018 e, a partir dela, foi elaborado o documento denominado “Situação dos Direitos Humanos no Brasil”<sup>8</sup>. Os dados coletados nessa visita apontaram que o governo federal informou a existência de 2 mil CTs no País, dessas, ao menos 316 recebiam recursos públicos.

A respeito do tema, a CIDH, estimou que o número de CTs no Brasil naquele ano, poderia chegar a 6 mil. Desse documento podemos extrair ainda mais dois pontos principais: segundo a CIDH, o método de isolamento promovido pelas CTs não possui comprovação científica de eficácia, havendo, aliás, recomendação para evitar a institucionalização de pessoas, outro aspecto, diz respeito à responsabilização do governo brasileiro diante das violações aos Direitos Humanos. Para a CIDH, o estado brasileiro é igualmente responsável e, especialmente, pelas CTs que financia (CIDH, 2017).

As CTs possuem, muitas vezes, atividades conflitantes com os direitos humanos e com os princípios do próprio SUS, parecendo trazer à tona o modelo manicomial sob uma justificativa moral sobre a dependência química, amparada pelo discurso social (Fossi & Guareschi, 2015). Ainda assim, em Recife, foi lançado edital de chamamento nº 01/2022, com o intuito de investir mais de R\$ 2 milhões para proporcionar 150 vagas para novos internos.

Com base no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, conduzido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2011, identificou-se a recorrência de práticas abusivas em comunidades terapêuticas (CTs), como a imposição de trabalhos não remunerados, violência, contenções físicas ou medicamentosas, adoção de medidas punitivas e obrigatoriedade de participação em atividades religiosas (CFP, 2022).

Embora exista previsão normativa para a fiscalização das atividades realizadas por essas instituições, o Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, elaborado em 2017 pelo CFP, em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (MPF), concluiu que as violações aos direitos humanos permanecem frequentes nas instituições inspecionadas, evidenciando falhas graves no cumprimento da legislação.

O relatório indica que vinte e oito CTs foram avaliadas por equipe multidisciplinar nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, bem como no Distrito Federal. Na avaliação, foram encontradas situações como trabalhos forçados e sem remuneração, discriminação de gênero, discriminação por orientação sexual, internações involuntárias, administração irregular de medicações, punições por agressões físicas, punições por isolamento, punição por restrições, entre outras situações degradantes observadas no documento publicado.

---

<sup>7</sup> CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Lançamento do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*. 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

<sup>8</sup> COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Direitos humanos no Brasil 2021*. Washington, D.C.: Organização dos Estados Americanos, 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

Ainda, consoante o relatório de inspeção, é possível notar que, das 28 CTs avaliadas, 18 informaram que recebiam recurso público. Tal informação se coaduna com o declarado no site eletrônico do Governo Federal. Os serviços prestados pelas CTs são gratuitos aos usuários, mas há o financiamento de vagas pelo MDS. Além disso, as CTs que compõem a rede suplementar gozam de imunidade de contribuições à seguridade social, sob fundamento do §7º do art. 195 da Constituição Federal (CF).

A fiscalização das CTs tornaram-se imperiosas após o resultado das inspeções do Conselho Federal de Psicologia. Uma série de atos normativos trouxeram de volta algumas características do modelo manicomial, como o hospital passando a ser ponto de atenção da RAPS e o estímulo à internações, com o aumento do valor das diárias reajustadas. Não obstante, a Resolução 1/2018<sup>9</sup> determinou a primazia da estratégia de abstinência total (Ipea, 2017).

Questiona-se se as CTs se assemelham às instituições totais, usando por parâmetro a pesquisa sobre o perfil das Comunidades Terapêuticas (Ipea, 2017) e o conceito de Erving Goffman. De acordo com a pesquisa, observa-se que, nas CTs, há indivisibilidade entre a esfera pública e privada do indivíduo, já que todos os espaços e atividades são compartilhadas na rotina diária como limpeza (94%), cozinha (89%), rituais religiosos (88%) e ler a bíblia (89%), bem como atividades de natureza laboral, como agricultura e pecuária (70%) (Ipea, 2017).

O isolamento geográfico, a proibição de acesso a meios de informação também desestimula a visitação. O tratamento é constituído por um regime disciplinar com etapa de entrada (período de desintoxicação e abstinência), tratamento e ressocialização, com atividades obrigatórias e proibidas.

Entre as obrigatoriedades estão a participação em cultos religiosos e laborterapia, com sanções que vão de advertências orais ao aumento do trabalho. Além disso, há a anulação de características individuais, como retenção de documentos, corte de cabelo e vestuário padronizado, aproximando as CTs das instituições totais.

---

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 1, de 9 de março de 2018*. Define as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e prioriza a estratégia de abstinência total. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>. Acesso em: 05 jan. 2025.

Por outro lado, embora tenham sido incluídas na RAPS, as CTs não mantêm cooperação com os CAPS, mas sim com entidades religiosas. A pesquisa revela que quase metade dos acolhidos é recusada, com 56% das instituições negando acolhimento a pessoas transgênero. Essa prática gerou denúncias relacionadas à exclusão em razão de orientação sexual ou identidade de gênero, incluindo casos de imposição de reconversão de gênero ou terapias de "cura gay".

#### 4.2 Financiamento Público e seus Impactos na Saúde Mental

A CF estabelece no art. 196 que a Saúde é dever do Estado e direito fundamental do cidadão. Para o financiamento dos serviços prestados, foi estabelecido um sistema de financiamento tripartite, ou seja, a União, Estados ou Municípios, com a vinculação ao orçamento destinado à Seguridade Social (Brasil, 1988).

A Lei Complementar nº 141/2012<sup>10</sup> impõe o mínimo que as três esferas de governos devem aplicar na saúde: os municípios devem investir no mínimo 15% e os estados 12% de suas receitas. Quanto à União, está determinado de que deverá investir o valor do ano anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A característica brasileira de ser administrativamente descentralizado, de acordo com o estabelecido pela Constituição Federal, pode trazer uma série de dificuldades, dentre elas: dificuldades de administração em um país de tamanho continental, dificuldades de coordenação financeira e de harmonia entre os governantes. Mais especificamente, a CF/88 dispôs descentralização quanto ao financiamento da saúde, transferências de recursos e estabelecimento de competências e cooperação. Diante disso, foram criados sistemas de programas nacionais para definir metas, diretrizes e avaliar os resultados do SUS.

---

<sup>10</sup> BRASIL. *Lei Complementar nº 141*, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm). Acesso em: 10 jan. 2025.

<sup>11</sup> BRASIL. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SINAD, estabelece medidas de prevenção ao uso indevido, cuidados e tratamentos para usuários e dependentes de drogas, e define crimes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2006/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2006/111343.htm). Acesso em: 10 jan. 2025.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos instituídos pelo Decreto nº 64.867/1969, tendo por base o Plano Nacional de Saúde e o Plano Anual do Ministério da Saúde. O FNS transfere os recursos aos entes federativos por meio de três possíveis modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação (Brasil, 1969).

A partir da promulgação da Lei de Drogas<sup>11</sup>, foi estabelecido um sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, a ser implementado pelo SUS, organizações privadas e entidades da sociedade civil. Essa mudança gerou uma disputa entre os diferentes modelos de tratamento disponíveis. Um ponto crítico surgiu com o lançamento do já mencionado programa "Crack, é possível vencer"<sup>12</sup>, que iniciou a transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas (CTs).

No entanto, o programa foi alvo de críticas por não exigir a presença de profissionais de saúde capacitados, a devida competência para fiscalização e a integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme estipulado na Resolução nº 1/2015<sup>13</sup>, que estabelece diretrizes fundamentais para a política nacional sobre drogas, destacando princípios de prevenção, tratamento e reinserção social.

Ao longo do tempo, a relação entre o Estado e as comunidades terapêuticas (CTs) tem evoluído, inicialmente sob a égide do Poder Executivo Federal e, atualmente, no âmbito do Poder Legislativo Federal. Isso se manifesta através das Frentes Parlamentares em defesa das Comunidades Terapêuticas (FPCTs), que são compostas por parlamentares de diferentes partidos, unificados em torno da defesa de um tema específico.

A primeira FPCT foi inaugurada pelo deputado Eros Biondini em 2011. A atual FPCT foi inaugurada pelo mesmo deputado em 2015, que, de acordo com seu art. 2º traz como objetivos de atuação a manifestação para influenciar em programas de interesse das CTs, tendo o financiamento de vagas em CTs como uma das preocupações principais (IPEA, 2021).

---

<sup>12</sup> BRASIL. *Conheça o Programa Crack, é Possível Vencer*. Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 10 jan. 2025

<sup>13</sup> CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (CONAD). *Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015*. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

<sup>14</sup> BRASIL. *Projeto de Lei nº 1.598, de 2011*. Dispõe sobre a flexibilização de convênios entre o governo e organizações de assistência. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/517255>. Acesso em: 10 jan. 2025.

Nesse sentido, o PL 1.598/2011<sup>14</sup> pretendia flexibilizar convênios entre o governo e organizações de assistência social, mas essa não seria a única fonte pública a ser angariada pelas CTs. Destacam-se emendas orçamentárias com o fim de destinar verbas às CTs. As Frentes Parlamentares (FPs) atuam influenciando parlamentares, inclusive no processo legislativo, e o poder executivo em negociações por mais repasses e regulamentações favoráveis às CTs.

Retomando o ciclo de políticas públicas de Secchi, nota-se deficiência na etapa de monitoramento e avaliação de resultado na política de financiamento em CTs, o que pode ser feito mediante a verificação dos impactos na questão que se quer interferir (Raeder, 2015).

Um estudo sobre o financiamento público das CTs entre 2017 e 2020, realizado pelo Conectas Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), explicitou que as CTs estão ocupando o espaço de prioridade no tratamento de dependentes químicos. No levantamento ficou constatado que em 2017 as CTs receberam R\$ 50.300.806 de verbas públicas e que esse valor aumentou para R\$105.216.538 em 2020, ambos em valores correntes de 2020 (Conectas Direitos Humanos; CEBRAP, 2021).

De acordo com o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde as CTs possuem fiscalização precária. A fiscalização dos contratos da parceria público-privada é de responsabilidade de conselhos ou terceirizada para outra empresa privada. Em razão disso, para controle e pesquisa das CTs que recebem financiamento público, foi criado o site Raio-X das Comunidades Terapêuticas, pela Frente da Saúde Mental, a fim de trazer maior transparência, possibilitando o acompanhamento da sociedade civil (Conectas, 2022). Ainda, no atual governo Lula, foi publicada a Portaria 6.090/2024, que institui um grupo de fiscalização da atuação das conformidades terapêuticas.

Em contraposição, a RAPS possui um modelo abrangente, inclusivo e que respeita os princípios da reforma psiquiátrica, mas estudos recentes indicam que os investimentos públicos para as CTs têm crescido desproporcionalmente em relação ao financiamento das políticas públicas previstas pelo SUS para saúde mental. Em 2023, o repasse de 237 milhões de reais para as CTs superou o repassado para o funcionamento das atividades da RAPS (Conectas, 2022)

Além disso, a eficácia do tratamento realizado nessas instituições tem sido amplamente questionável. Apesar do expressivo aumento nos repasses financeiros ao longo dos anos, conforme apontado pelo representante do Ministério da Saúde,

Marcelo Kimati<sup>15</sup>, os índices de sucesso não acompanharam esse crescimento. Pelo contrário, as taxas de uso de drogas e de suicídio apresentaram elevação no período analisado.

Segundo a psicóloga Adriana Oliveira, da Universidade Federal Fluminense. “Depois do isolamento, quase todos apresentam recaída”<sup>16</sup>. Isso não só compromete a sustentabilidade financeira do sistema público como também reflete uma opção política que desconsidera as evidências científicas sobre o modelo terapêutico mais eficiente e pretende repassar o dever constitucional de prestar saúde a terceiros.

Evitar a exclusão do indivíduo precisa partir da premissa de que para fechar hospitais é necessário que haja bom funcionamento do CAPS, que dependem dos recursos que não lhe estão sendo priorizados.

---

<sup>15</sup> Câmara dos Deputados. Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em:

## 5 CONCLUSÕES

Depreende-se que a sociedade brasileira ainda segrega os indivíduos que são considerados problemáticos e que, apesar de todo esforço para alcançar a proteção dos Direitos Humanos ao longo do tempo, a partir da análise das políticas públicas, pode-se perceber que há um retrocesso nos direitos conquistados principalmente para as pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, observa-se que a Constituição Federal, ao atribuir o dever de promover a saúde universal ao Estado e tratar do financiamento para que esse Direito Fundamental pudesse ser efetivado, não se apresentou princípios que se compatibiliza com o financiamento de Comunidades Terapêuticas através de recursos públicos, pois já existe uma rede de tratamento pública onde os recursos podem ser aplicados, possibilitando maior alcance e estrutura no tratamento de dependentes químicos, ancorada na proteção aos Direitos Humanos e na laicidade do Estado.

Por outro lado, o que se vê é o aumento na transferência de verbas públicas para as CTs, incentivada por Frentes Parlamentares. Essa situação resulta em precarização de serviços da RAPS, como o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), bem como a manutenção do estigma de que o toxicômano necessariamente deve ser excluído da sociedade porque é perigoso.

Somando-se a todos esses fatores, ainda que nem todas as CTs recebam financiamento público, essa decisão política incentiva os indivíduos a buscarem ajuda nas CTs ao invés da RAPS, já que a RAPS resta sucateada, e o surgimento de cada vez mais CTs.

Cumprir destacar também que não se sabe quantas CTs funcionam, entre cadastradas e não cadastradas, o que dificulta a fiscalização e promove situações violadoras de direitos humanos. Assim, o impacto negativo na observância dos direitos humanos reforça a necessidade de redirecionamento das políticas pública para a construção de uma RAPS realmente antimanicomial.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43146>. Acesso em: 05 jan. 2025.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. *A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GmqBBwPXGQWqD7KxNYCmKNG/>. Acesso em: 05 jan. 2025.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Intrínseca, 2019.

Assistência Médica e Legal de Alienados. Rio de Janeiro: *Arquivo Nacional*, 2019. Disponível em: <https://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/724-assistencia-medica-e-legal-de-alienados>. Acesso em: 7 jan. 2025.

AUGUSTO, R. *Serviços Públicos de Saneamento Básico e Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Almedina Brasil, 2018.

BARBOSA, N. A. S.; RÊGO, T. D. M.; BARROS, T. M. R. R. P. *A história do SUS no Brasil e a política de saúde*. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, nov. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19069>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BARBOSA-FOHRMANN, A. P.; MARTINS, L. M. *Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira*. *Revista de Direito Sanitário*, v. 26, p. 1-13, abr. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/176625>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BARDI, G.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1557-1566, abr. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WgJl4MLwJQKYnxGzYKx8Hx/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BARROS DE OLIVEIRA, M. H. et al. Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 4, p. 370-374, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LgCzKPLxRwXx8nGKx6Y4Bxn/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 05 jan. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a

execução do orçamento de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm). Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nº 7.560/1986, nº 8.429/1992 e nº 11.343/2006 para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 jun. 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 1969. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1960-1969/d64867.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1960-1969/d64867.htm). Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 54.216, de 3 de maio de 1964. Aprova o Regulamento do Código de Águas Minerais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 mai. 1964. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/atos/decretos/1964/d54216.html](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/atos/decretos/1964/d54216.html). Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 7 de janeiro de 1903. Regulamenta a assistência médico-legal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 9 jan. 1903. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1900-1909/d1132.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1900-1909/d1132.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 mar. 1977. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos?tipo=DEC&numero=79388&ano=1977&ato=e3bc3Yq10drRVT803>. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que institui o Plano de Custeio da Seguridade Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SINAD, estabelece medidas de prevenção ao uso

indevido, cuidados e tratamentos para usuários e dependentes de drogas, e define crimes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2006/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2006/l11343.htm). Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES as comunidades terapêuticas e os serviços relacionados às práticas integrativas e complementares.

Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482\\_04\\_08\\_2016.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html).

Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e prioriza a estratégia de abstinência total. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>

Acesso em: 05 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

Disponível em:

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 154, de 29 de abril de 1994. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0154.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0154.htm) . Acesso em: 17

jan. 2025.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.598, de 2011. Dispõe sobre a flexibilização de convênios entre o governo e organizações de assistência. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/517255>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nº 7.210, de 11 de julho de 1984, nº 8.009, de 29 de março de 1990, nº 8.666, de 21 de junho de 1993, nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm) . Acesso em:

17 jan. 2025.

BRASIL. Gastos públicos só com eficiência comprovada. Portal Brasil, 2021.

Disponível em:

[https://www.gov.br/economia/pt-br/canais\\_atendimento/imprensa/artigos/2021/gastos-publicos-so-com-eficiencia-comprovada](https://www.gov.br/economia/pt-br/canais_atendimento/imprensa/artigos/2021/gastos-publicos-so-com-eficiencia-comprovada) . Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portal Brasil, [s. d.]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 7 jan.

2025.

BULLA, L. C.; DOS SANTOS, C. B. *A política brasileira sobre drogas e a rede de atenção psicossocial*. Textos & Contextos, v. 20, p. 1-18, set. 2021. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/39743>. Acesso em: 15

jan. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Especialistas em saúde defendem fim do financiamento público às comunidades terapêuticas. Portal da Câmara dos

Deputados. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/963381-especialistas-em-saude-defendem-fim-do-financiamento-publico-as-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 05 jan. 2025.

CAPOMACCIO, S. *A cidade de São Paulo possui 72 Cracolândias e não apenas uma no centro da capital*. *Jornal USP*, 2024. Disponível em:

<https://jornal.usp.br/atualidades/a-cidade-de-sao-paulo-possui-72-cracolandias-e-nao- apenas-uma-no-centro-da-capital/>. Acesso em: 7 jan. 2025.

CARVALHO, O. F. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. *Revista de Direito Econômico e Socioambiental*, v. 6, n. 3, p. 773-794, dez. 2019.

Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/direitoeconomico/article/view/16412>. Acesso em: 15 jan. 2025.

CENERINO, I.; FERRAZZA, D. Análise institucional de um serviço de emergência psiquiátrica: o diário de pesquisa de uma psicóloga residente. *Conversas em Psicologia*, v. 2, n. 2, 2021. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/cpsi/article/view/184579>. Acesso em: 15 jan. 2025.

CHAVES, E. M. S.; CHAVES, E. M. O papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura. *Comunidade Terapêutica e Dependência Química em Pauta*, Blumenau, v. 2, n. 2, p. 23, 2005.

CHRISPINO, A. *Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016.

CIDH. *Situação dos Direitos Humanos no Brasil*. Washington: OEA, 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

CONNECTAS. *Levantamento sobre o investimento em centros terapêuticos*. 2022. Disponível em:

<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2025.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP. *Relatório: O financiamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil (2017-2020)*. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2021. Disponível em:

<https://www.conectas.org/publicacao/financiamento-das-comunidades-terapeuticas-no-brasil/>. Acesso em: 17 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília: CFP, 2011. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 05 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: CFP, 2017. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 05 jan. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Lançamento do relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas*. 2021. Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (CONAD). *Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015*. Disponível em:

<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-s-enad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Direitos humanos no Brasil 2021*. Washington, D.C.: Organização dos Estados Americanos, 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

IPEA. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. 2018. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34533](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=34533). Acesso em: 12 jan. 2025.

DA SILVA, K. R.; GOMES, F. G. C. Dependência química: resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, v. 56, n. S1, p. 186-195, 2019. Disponível em:

<https://revistasfases.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/451>. Acesso em: 15 jan. 2025.

DOS SANTOS, D. B. et al. Saúde mental e atenção básica. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 11, n. 2, p. 188-203, out. 2023. Disponível em:

<https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/7299>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FEITOSA, G. R.; LEITE, L. C. Lei antidrogas no Brasil: nova segregação racial? *Revista de Direito*, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufv.br/revistadedireito/article/view/11355>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FERNANDES, C. J. *Reforma psiquiátrica (im)possível? estudo documental e analítico (2008 a 2017)*. 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/39876>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRIEDRICH, M. A. et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 2, abr. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/7ZWNzKzJxBhL4QYX9tQ4CNk/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GALLASSI, A. D.; DOS SANTOS, V. *A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas*. v. 22, n. 0104-4931, p. 1–4, 2014.

GOMES, T. B.; VECCHIA, M. D. *Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura*, v. 23, n. 1678-4561, p. 2327–2338, 2018.

HERNANDEZ, M. *A saúde mental na rede de atenção psicossocial e o desafio das comunidades terapêuticas*. Psicologia em Revista, v. 26, n. 2, p. 350–366, 2022.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim: Financiamento público e comunidades terapêuticas no Brasil*. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34533](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=34533). Acesso em: 17 jan. 2025.

JORGE, M. S. B. et al. *Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, p. 734–739, 1 dez. 2006.

JUNQUEIRA, C. L.; PITTA, A. M. *Manicômios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

LAMY, M.; ROLDAN, R.; HAHN, M. M. *O direito à saúde como direito humano e fundamental*. Assistência Médica e Legal de Alienados, v. 17, p. 37–60, 30 nov. 2018. Disponível em: <https://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-primeira-republica/724-assistencia-medica-e-legal-de-alienados>. Acesso em: 7 jan. 2025.

LÜDER, A. Cracolândia registrou 33 roubos ou furtos por dia em 2024, 9% a menos do que no ano anterior, aponta levantamento. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2025/01/09/cracolandia-registrou-33-roubo-s-ou-furtos-por-dia-em-2024-9percent-a-menos-do-que-no-ano-anterior-aponta-levantamento.ghtml>. Acesso em: 10 jan. 2025.

KUPFER, M. C.; LISBOA, T. *História e genealogia da reforma psiquiátrica brasileira: narrativas e disputas*. Psicologia & Sociedade, v. 30, n. 3, p. 1–12, 2018.

MELO, J. S. et al. *Drogas e políticas públicas no Brasil: um olhar crítico sobre as comunidades terapêuticas*. Revista de Ciências Humanas, v. 8, n. 4, p. 25–38, 2021.

METRÓPOLES. *Centros terapêuticos: escândalos expõem tortura e castigo a internos*. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/centros-terapeuticos-escandalos-expoem-tortura-e-castigo-a-internos>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MINAYO, M. C. S. *Os muitos caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 14 jan. 2025.

NICÁCIO, F. *Saúde mental no SUS: inclusão e exclusão nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2016.

NICÁCIO, F.; YASUI, S. *Saúde mental coletiva: princípios e desafios para o cuidado em liberdade*. Psicologia USP, v. 32, p. 1–10, 2021.

OLIVENSTEIN, C. *O destino do toxicômano*. São Paulo: Almed, 1985.

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 11 jan. 2025.

PITTA, A. M. A reforma psiquiátrica brasileira e as políticas de saúde mental: críticas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2315–2324, 2021.

PIUCHI, R. de M. *Proposta de modelo integrador entre operacionalidade e resultados de redes de políticas públicas: o caso da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial*. Dissertação – UNIP, 2022.

PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma psiquiátrica e política nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/reforma-psiquiatica>. Acesso em: 10 jan. 2025.

QUINTAS, A. C. de M. O.; TAVARES, P. dos S. P. B. Entre CAPS AD e comunidades terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS AD. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe3, p. 198–209, out. 2020.

RAEDER, Savio Túlio Oselieri. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. *Perspectivas em Políticas Públicas*, v. 7, n. 13, p. 121–146, 2015. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/856>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SECCHI, L. *Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo: Cengage, 2016.

SILVA, J. K. do N. O controle de substâncias ilegais: os tratados internacionais antidrogas e as repercussões sobre a legislação brasileira. *CSONline - Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n. 20, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/17400>. Acesso em: 7 jan. 2025.

NISE DA SILVEIRA. *Imagens do Inconsciente*. [S.l.]: Editora Vozes Limitada, 2017.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3. p.649-659, maio/jun., 2004.

SOMMER, M. *As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento das Dependências Químicas*. n. 1647-2284, p. 135–166, 2011.

VEJA. *Comunidades terapêuticas com fundos públicos priorizam fé sobre ciência*.

2025. Disponível em:

<https://veja.abril.com.br/brasil/comunidades-terapeuticas-com-fundos-publicos-priorizam-fe-sobre-ciencia>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SENADO FEDERAL. Diário do Senado Federal nº 160 de 2023 - Diários - Atividade Legislativa - Senado Federal. Disponível em:

<<https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/113614?sequencia=87>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2194861>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2419215>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

PUBLICO, M. Nota à Imprensa. Disponível em:

<<https://www.mpf.mp.br/ms/sala-de-imprensa/noticias-ms/nota-de-esclarecimento>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

IGUAÇU, N. Em condições sub-humanas, 42 pessoas são resgatadas de clínica clandestina em Nova Iguaçu. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/07/22/resgate-pacientes-clinica-nova-iguacu.ghtml>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2421317>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

IMPrensa NACIONAL. PORTARIA MDS No 962, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2024 - DOU - Imprensa Nacional. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-mds-n-962-de-21-de-fevereiro-de-2024-544274104>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2259409>>. Acesso em: 31 mar. 2025

MDS lança edital de credenciamento para entidades que prestam acolhimento a pessoas com dependência química. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-edital-de-credenciamento-para-entidades-de-acolhimento-a-pessoas-com-dependencia-quimica>>.

Edital habilita 587 entidades de acolhimento a pessoas com dependência química. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/edital-habilita-587-entidades-de-acolhimento-a-pessoas-com-dependencia-quimica>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

LISBOA, L. Comparadas a manicômios, comunidades terapêuticas têm R\$ 56 milhões em emendas autorizadas pelo governo federal. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/05/comparadas-a-manicomios>>

[-comunidades-terapeuticas-tem-r-56-milhoes-em-emendas-autorizadas-pelo-governo-federal.shtml](#)>. Acesso em: 31 mar. 2025.

Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura identifica ocorrência de violações em instituições de saúde mental no DF e Entorno. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/mecanismo-de-prevencao-e-combate-a-tortura-identifica-ocorrencia-de-violacoes-em-instituicoes-de-saude-mental-no-df-e-entorno>>.

Blocked. Disponível em:

<<https://www2.tc.df.gov.br/tcdf-determina-fiscalizacao-imediata-na-organizacao-salve-a-si/>>. Acesso em: 31 mar. 2025.